



\_\_\_ Apelación  
\_\_\_ Apelación Expedita

**SOLICITUD DE APELACIÓN  
(MEDIANTE AUDIENCIA)**

**INFORMACIÓN DEL APELANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**FUNDAMENTOS PARA LA APELACIÓN**

1. Recibida la Notificación de Decisión-Renovación de Beneficios del programa Medicaid, ejerzo el derecho a solicitar una Apelación, mediante Audiencia, por diferir con la determinación del Programa por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Se solicita la evaluación en revisión de las siguientes personas:

- a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_

3. Comentario y/o circunstancias especiales sobre cualquiera de los solicitantes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184

